

# Behandling av funksjonell enkoprese

Rolf Magnus Grung og Lars Tandberg Jørgensen  
Høgskolen i Oslo og Akershus

Enkoprese blir av omsorgspersoner ofte forklart som et normalt fenomen, som et tegn på umodenhet eller med «lav intelligens». En slik forklaring kan medføre at effektiv behandling ikke blir iverksatt. Med funksjonell enkoprese, eller inkontinens for avføring etter et utviklingsnivå tilsvarende minst fire år, menes enkoprese som ikke er forårsaket av sykdom eller medikamenter. «Funksjonell» viser til at enkopresen enten er relatert til en obstipasjon (forstoppelse) som igjen er forårsaket av aktiv tilbakeholding av avføring, eller at enkopresen er å regne som operant atferd. Enkoprese kan være svært problematisk og kan blant annet medføre sosial ekskludering.

Anvendt atferdsanalyse i kombinasjon med diettendringer og medikamentell behandling har vist seg effektivt ved behandling av funksjonell enkoprese. I artikkelen beskrives hva funksjonell enkoprese er og hvordan behandling av funksjonell enkoprese kan gjennomføres. Den tar også opp enkelte juridiske problemstillinger som kan aktualiseres av problemstillingen.

*Nøkkelord:* Funksjonell enkoprese, obstipasjon, behandling, jus.

---

Atferdsanalytisk behandling av inkontinensproblematikk har sine røtter tilbake til 1960-tallet (se blant annet Hundziak, Maurer, & Watson, 1965; Pumroy & Pumroy, 1965). Særlig kjent er Foxx og Azrin's (1973a, 1973b) protokoller for behandling av enurese (inkontinens for urin). En annen form for inkontinensproblematikk er enkoprese (inkontinens for avføring). Både enurese og enkoprese kan være svært stigmatiserende og dermed til hinder for sosial inkludering. Imidlertid vekker enkoprese ofte mer avsky enn enurese og kan derfor innebære mer omfattende konsekvenser for den det gjelder (Friman, Restetar, & DeRuyk, 2008).

En vanlig feiloppfatning er at enkoprese er begrenset til barn eller personer med funksjonsnedsettelse (Friman et al, 2008).

Imidlertid tyder noen studier på at enkoprese forekommer hyppigere hos personer med utviklingshemning enn hos personer uten utviklingshemning (Marrow, Yeager, & Lewis, 1997; van der Wal, Benninga, & Hirasings, 2005; Von Wendt, Similia, Niskanen, & Jarvelin, 1990). Marrow et al. rapporterte en forekomst av enkoprese hos normalt utviklende engelske barn i alderen seks til tolv år til å ligge mellom 1,5- til 7,5 prosent. I en svensk studie fant man enkoprese hos 0,6 prosent av normalt utviklende barn i første klasse og hos 0,7 prosent hos normalt utviklende barn i fjerde klasse (Søderstrøm, Hoelcke, Alenius, Soderling, & Hjern, 2004). Det har også blitt rapportert om en økt sannsynlighet for enkoprese hos personer diagnostisert med adhd (Biederman, Petty, Monuteaux, Fried, Byrne, Mirto et al, 2010). I en finsk studie med 105 deltagere, alle diagnostisert med utviklingshemning, fant man at i overkant av 30 prosent hadde enkoprese ved syv års alderen (Von Wendt et al, 1990). I den samme studien fant man enkoprese hos 19 prosent av deltagerne som var over 20 år.

---

Korrespondanse angående denne artikkelen sendes til Rolf Magnus Grung, E-post: Rolf-Magnus.Grung@hioa.no  
Takk til «Skrivegruppen» ved Institutt for atferdsvitenskap for nyttige kommentarer og innspill på artikkelen underveis. For uten artikkelforfatterne består «Skrivegruppen» av Inger Karin Almås, Kari Høium, Bente Kongsgård, Heidi Skorge Olaff, Monica Vandbakk, Elise Weiberg og Linda Thøring Øverberg.

Enkoprese hos normalutviklede voksne har også blitt beskrevet (van der Wal et al), men et søk etter artikler om forekomst hos denne gruppen ga ingen resultater.

Enkoprese kan ha store negative effekter for personen det gjelder. Både barn og voksne med og uten utviklingshemning kan bli utsatt for sosial isolasjon, utstøting og mobbing. Enkoprese kan derfor ha negative effekter både for trivsel, muligheter for opplæring og for voksnes muligheter innen arbeidslivet. For både barn og voksne med utviklingshemning, hvor mange er mer eller mindre avhengige av andre persons omsorg, kan enkoprese medføre negative reaksjoner fra disse omsorgspersonene (Friman et al, 2008). Videre deler enkelte personer med utviklingshemning ulike fasiliteter med andre brukere av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, slik som stue, kjøkken og i enkelte tilfeller dusj og toalett. I disse tilfellene kan enkoprese medføre store hygieniske problemer for disse andre personene.

Det har blitt hevdet at enkelte tjenesteytere i omsorgen for mennesker med utviklingshemning har sett på enkoprese som et normalt fenomen, og dermed noe man ikke kan gjøre så mye med (Smith Franchetti, MaCoull, Pattison, & Pickstock, 1994). En annen forklaring har vært at enkoprese har blitt sett på som et tegn på umodenhet (Friman et al, 2008). «Lav intelligens» har også blitt benyttet som forklaring på enkoprese hos utviklingshemmede (Matson & Lovullo, 2009). Dette er både feilaktige og problematiske forklaringer. Forklaringene er feilaktige siden enkoprese i 90 % av tilfellene er funksjonell (Tobias, Mason, Lutkenhoff, Stoops, & Ferguson, 2008). De er videre problematiske fordi de kan medføre at man overser de faktiske forhold enkopresen er et resultat av, noe som igjen kan lede til at effektiv og viktig behandling ikke iverksettes og at personen og andre nære personer utsettes for unødvendige problemer.

Resultater fra flere studier har gitt gode holdepunkter for at anvendt atferdsanalyse, ofte i kombinasjon med diettendringer og

medisinske intervensjoner, er effektivt ved behandling av funksjonell enkoprese (se blant annet Ashkenazi, 1975; Brazzelli et al., 2011; McGrath, Mellon, & Murphy, 2000; Smith et al., 1994). I Stark, Opiari, Donaldson, Danovsky, Rasile og DelSanto (1997) deltok 59 barn som alle tidligere hadde forsøkt medikamentell behandling av funksjonell enkoprese, men hvor denne handlingen ikke hadde hatt effekt. 52 av barna fullførte behandlingen, som bestod av medikamentell behandling og diettendringer i kombinasjon med ulike atferdsanalytiske tiltak. Resultatene viste at 35 av barna (67 prosent) ble kontinent for avføring og at ti av barna (19 prosent) ble delvis kontinent.

Et søk på databasen PsycINFO om litteratur om behandling av funksjonell enkoprese ga 48 treff. På bakgrunn av et utvalg av denne litteraturen gis det i det etterfølgende en nærmere beskrivelse av funksjonell enkoprese, kort om hva man må ta hensyn til før en eventuell behandling igangsettes, samt hvordan effektiv behandling av funksjonell enkoprese kan gjennomføres. Avslutningsvis diskuteres enkelte etiske- juridiske problemstillinger som kan bli aktualisert ved behandling av funksjonell enkoprese.

## Funksjonell enkoprese

Funksjonell enkoprese defineres som gjentatte episoder med avføring andre steder enn i toalettet. Enkopresen kan være frivillig eller ufrivillig og må ha forekommet minst én gang per måned de siste tre måneder. Videre må personen ha et utviklingsnivå tilsvarende minst fire år. Enkopresen kan ikke relateres til sykdom eller andre patologiske tilstander med unntak av obstipasjon (forstoppelse). Funksjonell enkoprese er enten primær eller sekundær. Den er primær dersom personen aldri har vært kontinent for avføring, og den er sekundær dersom personen har vært kontinent for avføring i minst seks måneder etter fylte fire år, men ikke lenger er det (Friman et al, 2008). Videre skilles det mellom to underklasser av funksjonell enkoprese: (1)

Funksjonell enkoprese med samtidig forekommende obstipasjon, eller forstoppelse og (2) funksjonell enkoprese uten samtidig forekommende obstipasjon. Vanligst forekommende er funksjonell enkoprese med samtidig forekommende obstipasjon (90-95 prosent; Friman et al.). Denne todelingen har blitt kritisert siden obstipasjon kan forekomme i perioder, mens i andre perioder er den ikke tilstede (Hardy, 2009).

Med termen «funksjonell enkoprese» menes at enkopresen enten står i en funksjonell relasjon til ulike sosial- og automatiske forsterkere, slik som er tilfellet ved funksjonell enkoprese uten obstipasjon, eller at enkopresen er forårsaket av at væskefylt avføring renner mellom blokaden med avføring i tarmen og tarmveggen, som er tilfellet ved funksjonell enkoprese med obstipasjon. Når enkopresen skyldes obstipasjon opprettholdes obstipasjonen ofte ved at avføring holdes tilbake for å unngå smertefull utklemming gjennom endetarmsåpningen eller for å unngå straffende reaksjoner fra andre personer ved uhell (Friman et al, 2008). Enkopresen kan også forekomme fordi personen er svært opptatt med andre aktiviteter og dermed «glemmer» å gå på do. Sistnevnte vil falle inn under kategorien funksjonell enkoprese uten obstipasjon (Friman et al, 2008).

Når enkopresen er forårsaket av obstipasjon vil enkopresen ofte arte seg som «siving» som tilsmusser undertøyet. Denne sivingen har også blitt beskrevet som paradoksal diaré. Ofte mistolker omsorgspersoner denne sivingen som en ekte diaré, og ikke sjeldent iverksettes ulike former for behandling rettet mot diaré. Behandling av diaré, hvor formålet er å binde avføring, virker i slike tilfeller mot sin hensikt og bidrar til en forverring av obstipasjonen (Friman, et al, 2008).

I sjeldne tilfeller er obstipasjonen organisk betinget. Den vanligste av de organiske tilstandene er Hirschsprungs sykdom. Hirschsprungs sykdom, som forekommer hos én av hvert 5000 levendefødte barn, er i

stor grad arvelig. Ti til 15 prosent av pasientene med Hirschsprungs sykdom har Downs syndrom (Norsk helseinformatikk, 2013). For ytterligere beskrivelse av obstipasjon og årsaker, se Friman et al. (2008).

### **Før behandling av funksjonell enkoprese kan iverksettes**

Før atferdsanalytisk behandling kan iverksettes er det en forutsetning at personen har blitt diagnostisk vurdert av kvalifisert helsepersonell for å avdekke eventuelle andre forhold som må behandles først. Det er også viktig å avdekke hvorvidt personen har en obstipasjon eller ikke (Boon & Singh, 1991). Eksempler på tilstander som ofte må behandles før behandling iverksettes er ulike tvangslidelser, som for eksempel at man ikke kommer seg på toalettet fordi man er for opphengt i ulike gjøremål, eller lidelser som innebærer manglende impuls kontroll, som for eksempel at man er på vei til toalettet, men på veien dit ser man en pc og bare *må* spille litt (Friman et al, 2008). Marrow et al. (1997) fant at syv av ni normalt utviklende gutter mellom seks og femten år, som alle hadde enkoprese uten obstipasjon, også hadde en historie med hvor de hadde blitt misbrukt seksuelt. Alle disse guttene var til behandling for atferdsforstyrrelser.

Som ved all behandling av problematferd er det også ved behandling av funksjonell enkoprese viktig å være klar over hvilke juridiske bestemmelser som blir og kan bli aktualisert. Dette diskuteres nærmere i artikkelens siste del.

### **Behandling av funksjonell enkoprese med obstipasjon**

I Friman et al (2008) beskrives følgende komponenter i behandling av funksjonell enkoprese med obstipasjon; «Avmystifisering» og informasjon, medikasjon, diettendringer og tilstrekkelig med væskeinntak, faste toalettider, forsterkning av pressing, prosedyre ved uhell, trening på bruk av toalett papir og håndvask og «buksesjekk».

Det virker noe underlig at viktigheten av å lære personen å skylle ut av toalettet ikke ser ut til å være diskutert i litteraturen.

### «Avmystifisering» og «informasjon»

Omsorgspersoner, enten foreldrene selv, annen familie eller andre tjenesteytere har ofte en sentral rolle i behandlingen av funksjonell enkoprese. For at disse skal kunne bistå i behandlingen på en best mulig måte, er det viktig at det gis god informasjon om betingelsene som kan disponere for obstipasjon og enkoprese. Dette har blitt beskrevet som en «avmystifisering» av årsakene (Friman et al, 2008). Det er også viktig at det gis informasjon om at eventuelle straffende og negative tilnærmingar fra omsorgsytterne opphører umiddelbart. Det må også gis informasjon om hvordan selve behandlingen skal gjennomføres. Denne «avmystifiseringen» har også blitt beskrevet som en form for psykoedukasjon (Cohelo, 2011). Foruten å opplyse om fremgangsmåten er det viktig å gi informasjon om at behandling ofte er langvarig. Behandlingstiden kan være opptil tolv måneder (Tobias et al, 2008).

### Medikasjon

Medikasjon kan inngå som en del av behandlingen av funksjonell enkoprese med obstipasjon (Lancioni, O'Reilly, & Basili, 2001). En eventuell beslutning om å benytte medikasjon som en del av behandlingen fattes av en lege. Er det obstipasjon tilstede er det svært viktig at denne fjernes for at behandling av enkoprese skal ha effekt. Legemidler med en lakserende effekt benyttes oftest (Matson & LaVullo, 2009), men også andre medikamenter som gjør avføringen myk benyttes (Friman et al, 2008).

Langtidsbruk av medikamenter med en avførende effekt kan gi obstipasjon som en bieffekt. Årsaken er at denne bruken kan redusere naturlig tarmfunksjon (Helsedirektoratet, 2012). For å unngå langtidsbruk av denne type medikamenter er det viktig at man i samarbeid med lege har planlagt

hvordan medikasjonen kan avtrappes (Friman et al, 2008).

### Diettendringer og tilstrekkelig med væskeinntak

Diettendringer og faste tidspunkt for måltider er ofte viktig ved behandling av obstipasjon. Slike endringer kan også redusere behovet for medikamentell behandling (Friman et al, 2008). Å sørge for en fiberrik diett i kombinasjon med tilstrekkelig væskeinntak vil kunne bidra til økt stimulering av tarmen og dermed en mer regulær tarmfunksjon. Anbefalt daglig mengde fiber for voksne er 25 gram (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg kan frukt og fruktjuice som inneholder sorbitol ha en gunstig effekt på tarmfunksjonen. Sorbitol er et naturlig søtstoff som finnes i blant annet sviske, pære og eple. I tillegg kan maissirup og maltekstrakt bidra til at avføringen blir lettere å presse ut (Montgomery & Navarro, 2008). Et tilstrekkelig væskeinntak er nødvendig for en myk konsistens på avføringen (Friman et al, 2008).

### Faste toalettider

Faste tidspunkt for når personen skal sette seg på toalettet anbefales ved behandling av funksjonell enkoprese (Friman et al, 2008). Toalettidene bør velges med omhu og man bør unngå tider hvor personen som oftest ikke befinner seg i hjemmet. Videre bør toalettidene følge hverdagsvanene. Ofte kan det være hensiktsmessig å velge et tidspunkt etter måltidene for å nyttiggjøre seg av «utklemmingsrefleksjonen» (den gastrokoloniske refleks) som ofte trigges av måltider (Matson & LaVullo, 2009). Innledningsvis kan det være lurt å ha to faste tidspunkt daglig for toalettbesøk, for eksempel etter frokost og etter middag.

For å unngå at toalettsittingen blir aversiv bør ikke personen sitte mer enn ti minutter på toalettet av gangen (Friman et al, 2008). Det er viktig med god komfort. Føttene bør være i kontakt med gulvet for at personen skal kunne presse skikkelig. Kontakt med

gulvet kan også være nødvendig for å sørge for tilstrekkelig med blodtilførsel til beina. For lite blod til føttene kan gjøre det aversivt å sitte på toalettet. Dersom personen ikke når gulvet kan en liten krakk benyttes. Videre bør unødvendige forstyrrelser unngås. Dersom noen skal være tilstede sammen med personen bør dette antallet begrenses til et minimum. Det å gå på toalettet bør være en avslappende, behagelig og privat hendelse.

### **Forsterkning av pressing**

Når personen presser bør det gis ros. Et tegnøkonomisystem (generelle betingede forsterkere) kan også bidra til å forsterke pressingen. Dersom det kommer avføring i do bør personen få en ekstra potent forsterker. Nødvendig kartlegging av forsterkerpreferanser bør alltid gjennomføres før behandlingen starter.

### **Prosedyre ved uhell**

Det er som sagt viktig at all form for straff eller negative tilbakemeldinger fra omsorgsytterne opphører, også ved uhell. Imidlertid er det viktig at personen bytter tøy og vasker seg. Friman et al. (2008) skriver at det ikke er noe i veien for at personen også setter på en tøyvask med tøy som er tilsmusset. Det kan ikke utelukkes at denne kjeden av atferder i enkelte tilfeller kan ha egenskap av å være negative forsterkere og dermed også bidra til en opprettholdelse av toalettferdighetene som en unngåelsesatferd av å bytte tøy og det å vaske seg.

### **Trening på bruk av toalettpapir og håndvask**

Ifølge Friman et al (2008) blir trening på å bruke toalettpapir og håndvask ofte oversett ved behandling av funksjonell enkoprese. Styrking av slike selvhjelpsferdigheter vil være en viktig del av behandlingen siden målet er at personen skal bli renselig. Gode ferdigheter i bruk av toalettpapir og god håndhygiene er ferdigheter som også verdsettes av andre personer, noe som også kan bidra til en sosial inkludering. Denne treningen kan inngå i

det forsterkningsarrangement som eventuelt benyttes.

### **Skylle ut av toalettet**

Å skylle ut av toalettet er en viktig ferdighet, særlig dersom man benytter et toalett som også benyttes av andre. Det ser imidlertid ut til at litteraturen omkring behandling av funksjonell enkoprese ikke har fokusert på denne ferdigheten. Dersom man benytter et toalett som også benyttes av andre vil det å ikke skylle ut av toalettet kunne vekke negative reaksjoner, noe som vil kunne virke ytterligere stigmatiserende. Å skylle ut av toalettet sammen med god håndhygiene er ferdigheter det bør trenes på, og kan inngå i det samme forsterkningsarrangementet som eventuelt benyttes.

### **«Buksesjekk»**

Flere behandlingsstudier av enkoprese har benyttet tiltak med «bukksesjekk» (O'Brien, Ross, & Christophersen, 1986). Hyppig sjekk av bukser og undertøy har minst tre viktige effekter. Disse er 1) tidlig oppdagelse av uhell, 2) vurdering av fremskritt og 3) hyppige muligheter for å gi ros på fravær av uhell (Friman et al, 2008). «Buksesjekk» kan inngå i en DRO-prosedyre hvor arbitrære forsterkere, det vil si stimuli som er potente forsterkere også for andre operanter, kan gis ved fravær av uhell. Oppdages det avføring i undertøyet og eller i buksen kan uhellsprosedyren som er beskrevet over gjennomføres. Imidlertid har det i enkelte faglige sammenhenger blitt hevdet at «bukksesjekk» er mindre effektivt. Enkelte personer, særlig personer med et lavt kognitivt funksjonsnivå, kan ha vansker med å oppfatte sammenhengen mellom rent undertøy og toalettferdigheter (Inger-Karin Almås, personlig kommunikasjon 8. oktober 2014).

### **Behandling av enkoprese uten obstipasjon**

Når funksjonell enkoprese forekommer uten at avføringen er hard og vond å presse

ut, er den sannsynlig opprettholdt av andre funksjonelle sammenhenger enn det som er tilfellet ved enkoprese med obstipasjon (Friman et al, 2008). I disse tilfellene har det blitt argumentert for at det er en økt sannsynlighet for at enkopresen er opprettholdt av ulike sosiale forsterkere (Friman et al, 2008; Williams et al, 2007). Rent logisk kan det også tenkes at enkopresen kan være opprettholdt av ulike automatiske positive forsterkere som olfaktoriske stimuli (lukt) eller taktile stimuli (berøring).

Som ved behandling av all problematferd er det også ved enkoprese viktig med funksjonelle analyser. Hensikten er å avdekke enkopresens operante funksjon (Tarbox, Wallace, Tarbox, Landaburu, & Williams, 2004). Den viktige informasjonen man kan få ved funksjonelle analyser er informasjon om eventuelle relasjoner mellom enkopresen og ulike miljøvariabler som oppmerksomhet, krav og/eller ulike sensoriske stimuli.

Dersom enkopresen er opprettholdt av sosiale positive forsterkere, vil indikasjoner på dette kunne vises ved et mønster hvor andre personer gir ulike former for oppmerksomhet etter episoder med enkoprese. Både negative kommentarer og irettesettelse kan være eksempler på reaksjoner fra andre som kan ha en oppmerksomhetsfunksjon og dermed opprettholde enkoprese som en positivt forsterket problematferd. Er enkopresen opprettholdt av sosiale negative forsterkere (flukt fra krav) vil indikasjoner på dette kunne være at ulike krav blir presentert i forkant av episoder med enkoprese og at disse oppgavene ofte termineres eller utsettes når enkopresen har forekommet. Indikasjoner på at enkopresen er opprettholdt av ulike automatiske positive forsterkere kan vise seg ved at enkopresen forekommer hyppigere når personen er alene, eller dersom enkopresen medfører tilgang til andre automatiske positive forsterkere, som for eksempel dusjing. Tegn på automatisk forsterkning vil også kunne avdekkes dersom man observerer at personen tydelig ser ut til å like selve enkopresen, som for eksempel observasjoner

av at personen liker lukten enkopresen medfører.

Lykkes man med å avdekke en sammenheng mellom enkoprese og ulike miljøvariabler, har men et godt utgangspunkt for behandling basert på atferdens funksjon (Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman, & Richman, 1994). Flere av komponentene som er beskrevet ved behandling av enkoprese med obstipasjon kan også benyttes ved behandling av enkoprese uten obstipasjon. For ytterligere beskrivelse av behandling av automatisk forsterket problematferd, se Grung, Holden og Eikeseth (2009).

## Oppsummering og diskusjon

Utgangspunktet for denne artikkelen er at mange tjenesteytere i omsorgen for mennesker med utviklingshemning ser på enkoprese som noe normalt, som et tegn på umodenhet eller som et tegn på «lav intelligens». Problemene med slike forklaringer er blant annet at de kan medføre at man ikke igangsetter viktig og effektiv behandling. Dermed kan man utsette personen og andre nærpå personer for unødvendige problemer.

Slik det er redegjort for i artikkelen er enkoprese som oftest funksjonell. Funksjonell enkoprese kan ofte behandles effektivt med en kombinasjon av atferdsanalytiske tiltak, diettendringer og medikasjon. Imidlertid er det viktig å være klar over at behandling av funksjonell enkoprese kan aktualisere ulike etiske- og juridiske problemstillinger. Slike problemstillinger er viktig å vurdere før behandlingen iverksettes, men også etter at behandlingen er igangsatt.

En viktig del av behandlingen er som nevnt å «avmystifisere» og å gi informasjon om tilstanden. Dette er viktig ikke bare av behandlingsmessige årsaker, men også av juridiske årsaker. Sentralt ved all helsehjelp er at det foreligger et gyldig samtykke til helsehjelpen. For at et samtykke skal ansees som gyldig må det blant annet gis tilstrekkelig med informasjon om helsehjelpen. Se

Syse (2012) for en gjennomgang av kravene til et gyldig samtykke. Et slikt krav kan bare fravikes dersom det foreligger et annet gyldig rettsgrunnlag for å yte helsehjelp uten samtykke, jmfør legalitetsprinsippet.

Behandling av atferdsproblematikk vil så godt som alltid aktualisere flere etiske- og juridiske problemstillinger. Noe av det særegne ved behandling av inkontinensproblematikk er at de som gjennomfører behandlingen ofte er svært tett på personens intime sfære. Ett eksempel på dette vil være dersom man benytter seg av «buksesjekk» som en del av behandlingen. Et slikt tiltak vil vekke flere problemstillinger. For det første bør ikke kommunalt ansatt omsorgspersonell gjennomføre «buksesjekk» i det offentlige rom da dette kan være svært krenkende for personen. Gjennomføres «buksesjekk» i det offentlige rom kan dette også virke ytterligere stigmatiserende og dermed forsterke en sosial ekskludering. Den minst belastende arenaen for gjennomføring av «buksesjekk» vil antagelig være inne på personens bad, noe som antagelig også er et mer praktisk sted ettersom vann, dusj og såpe er lett tilgjengelig på badet. Alder på personen og hvorvidt behandlingen gjennomføres av kommunalt ansatt helse- og omsorgspersonell vil også være av betydning. For et barn vil «buksesjekken» kunne virke krenkende, og kanskje til og med skremmende, dersom denne sjekken utføres av andre enn foreldrene. Dersom kommunalt ansatt helse- og omsorgspersonell gjennomfører «buksesjekken» på en person som mottar helse- og omsorgstjenester er det antagelig nødvendig å fatte vedtak om dette etter Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9. Dette vil være tilfellet dersom man vurderer «buksesjekken» som «så inngripende at de uansett motstand må regnes som bruk av tvang eller makt» jmfør Helse- og omsorgstjenestelovens § 9-2 annet ledd.

Videre er kravet om faglig forsvarlighet sentralt, noe som blant annet innebærer at helsepersonell må holde seg faglig oppdatert og tilby den helsehjelpen som kan forventes

ut i fra helsepersonellens «*kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*» (Helsepersonelloven, 1999). Forsvarlighetskravet dreier seg også om at helsehjelpen ytes på en omsorgsfull måte og at helsepersonell samarbeider seg imellom og viderehenviser ved behov.

Der hvor det planlegges diettendringer er det viktig å være klar over at slike endringer kan være nokså inngripende. Diettendringer bør ikke være mer omfattende enn hva som er strengt nødvendig etter en medisinsk- og helsefaglig vurdering. Hos personer med utviklingshemming kan tiltak med diettendringer innebære problemstillinger som aktualiserer bestemmelsene om tvang og makt etter Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9.

Behandlingsprosedyrer som innebærer planlagt anvendelse av aversive tiltak for å fremme adekvate toalettferdigheter, kan være i strid med norsk lov. Blant annet er det et forbud mot opplæring og trenings tiltak som «*innebærer betydelig fysiske og psykiske anstrengelser for brukeren*», jmfør Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 9. Dette forbudet vil være av betydning når det gjelder hvordan man gjennomfører en eventuell uhellsprosedyre. Forbudet kan også ha betydning i forhold til hva som kan vurderes som et faglig forsvarlig valg av hyppigheten på de faste toalettidspunktene som er beskrevet i denne artikkelen. For hyppige toalettidspunkt kan også ha motsatt effekt av det man ønsker med behandlingen fordi toalettbesøk kan bli aversivt. Dette kan resultere i motstand mot å sette seg på toalettet.

Man kan oppleve at både etiske- og juridiske problemstillinger blir aktualisert etter hvert som behandlingen skrider frem. Ofte oppstår problemstillinger underveis i behandlingen som man ikke var klar over før behandlingen ble iverksatt. Det er viktig at man til enhver tid vurderer om nye og uplanlagte problemstillingene oppstår og agerer i henhold til av hva som forventes til en forsvarlig praksis.

Når det gjelder behovet for ytterligere forskning omkring behandling av enkoprese er det et behov for replikasjoner av behandlingsstudier og publisering av disse. Det er både deskriptive- og normative argumenter for dette. For det første er det viktig at helse- og omsorgspersonell har kjennskap til årsakene som ofte ligger til grunn for enkoprese og at behandling av funksjonell enkoprese iverksettes hos de som har et behov for det. For det andre er det viktig at helse- og omsorgspersonell som gjennomfører behandlingen er kjent med mulige etiske problemstillinger og aktuelle juridiske bestemmelser som vil kunne være førende for selve gjennomføringen. Publisering og dermed økt tilgang på behandlingsstudier vil kunne medføre at helse- og omsorgspersonell får et økt og nødvendig fokus på disse problemstillingene.

### Referanser

- Ashkenazi, Z. (1975). The treatment of encopresis using a discriminative stimulus and positive reinforcement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 155–157. doi:10.1016/0005-7916(75)90043-9
- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Fried, R., Byrne, D., Mirro, T., et al. (2010). Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11 - year follow-up in a longitudinal case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 167, 409–417. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09050736
- Boon, F. F. L., & Singh, N. N. (1991). A model for the treatment of encopresis. *Behavior Modification*, 15, 335–371. doi: 10.1177/01454455910153005
- Brazzelli, M., Griffiths, P. V., Cody, J. D., & Tappin, D. (2011). Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for the management of faecal incontinence in children. *Campbell Systematic Reviews*. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002240.pub4/full>
- Cohelo, D. P. (2011). Encopresis: A medical and family approach. *Pediatric Nursing*, 37(3), 107–112. Hentet fra: <http://www.pediatricnursing.net/ce/2013/article107112.pdf>
- Friman, P. C., Restetar, J., & DeRuyk, K. (2008). Encopresis: Biobehavioral treatment. I William T O'Donohue og Jane E. Fisher (red.), *Cognitive behavior therapy. Applying empirically supported techniques in your practice*, second edition (ss. 187–196). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Foxx, R. M., & Azrin, N. H. (1973a). Dry pants: A rapid method of toilet training children. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 435–442. doi:10.1016/0005-7967(73)90102-2
- Foxx, R. M., & Azrin, N. H. (1973b). Toilet training the retarded: A rapid program for day and nighttime independent toileting. Champaign, Ill: Research Press.
- Grung, R. M., Holden, B., & Eikeseth, S. (2009). Bruk av matchede og umatchede forsterkere i forsterkningsbasert behandling av automatisk forsterket problematferd. En gjennomgang av litteraturen. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 36(4), 185–197.
- Hardy, L. T. (2009). Encopresis: A guide for psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 351–358. doi:10.1016/j.apnu.2008.09.002
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-og+omsorg>
- Helsedirektoratet (2012). *Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Lokalisert på [http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-ernæringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/IS-1972%20Kosthaandboken\\_Rev2014.pdf](http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-ernæringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/IS-1972%20Kosthaandboken_Rev2014.pdf)



- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hundziak, M., Maurer, R. A., & Watson, L. S. (1965). Operant conditioning in toilet training severely mentally retarded boys. *American Journal of Mental Deficiency*, 70(1), 120–124.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1994). Towards a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 197–209. doi: 10.1901/jaba.1994.27-197
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., & Basili, G. (2001). Treating encopresis with intellectual disabilities: A literature review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14, 47–63. doi: 10.1046/j.1468-3148.2001.00058.x
- Marrow, J., Yeager, C. A., & Lewis, D. O. (1997). Encopresis and sexual abuse in a sample of boys in residential treatment. *Child Abuse & Neglect*, 21, 11–18. doi:10.1016/S0145-2134(96)00130-5
- Matson, J. L., & LoVullo, S. V. (2009). Encopresis, soiling and constipation in children and adults with developmental disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 799–807. doi:10.1016/j.ridd.2008.12.001
- McGrath, M. L., Mellon, M. W., & Murphy, L. (2000). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Constipation and encopresis. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 225–254. doi: 10.1093/jpepsy/25.4.225
- Montgomery, D. F., & Navarro, F. (2008). Management of constipation and encopresis in children. *Journal Pediatric Healthcare*, 22, 199–204. doi: 10.1016/j.pedhc.2008.02.009
- Norsk helseinformatikk (2013). Hirschsprungs sykdom. Hentet 2. september 2014 fra <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/sykdommer/hirschsprungs-sykdom-15706.html>
- O'Brien, S., Ross, L. V., & Christophersen, E. R. (1986). Primary encopresis: Evaluation and treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19, 137–145. doi: 10.1901/jaba.1986.19-137
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-+og>
- Pumroy, D. K., & Pumroy, S. S. (1965). Systematic observation and reinforcement technique in toilet training. *Psychological Reports*, 16, 467–471. Hentet fra: <http://www.amsciepub.com/doi/pdf/10.2466/pr0.1965.16.2.467>
- Smith, L. J., Franchetti, B., MaCoull, K., Pattison, D., & Pickstock, J. (1994). A behavioural approach to training bowel function after long-standing constipation and faecal impaction in people with learning disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36, 41–49. doi: 10.1111/j.1469-8749.1994.tb11764.x
- Stark, L. J., Opipari, L. C., Donaldson, D. L., Danovsky, M. B., Rasile, D. A., & DelSanto, A. F. (1997). Evaluation of a standard protocol for retentive encopresis: A replication. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 619–633. doi: 10.1093/jpepsy/22.5.619
- Syse, A. (2012). Samtykkekompetanse, integritetsvern og tvangsbruk. I A. Kjønstad & A. Syse (Red.), *Velferdsrett II. Barnevern- og sosialrett* (ss. 277–322). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Søderstrøm, U., Hoelcke, M., Alenius, L., Soderling, A. C., & Hjern, A. (2004). Urinary and faecal incontinence: a population-based study. *Acta Paediatrica*, 93, 386–389. doi: 10.1111/j.1651-2227.2004.tb02966.x
- Tarbox, J., Wallace, M. D., Tarbox, R. S. F., Landaburu, H. J., & Williams, W. L. (2004). Functional analysis and treatment of low rate problem behavior in individuals with developmental disabilities.

- Behavioral Interventions, 19, 187–204. doi: 10.1002/bin.158
- Tobias, N., Mason, D., Lutkenhoff, M., Stoops, M., & Ferguson, D. (2008). Management principles of organic causes of childhood constipation. *Journal Pediatric Health Care*, 22, 12–23. doi: 10.1016/j.pedhc.2007.01.001
- van der Wal, M. F., Benninga, M. A., & Hirasing, R. A. (2005). The prevalence of encopresis in a multicultural population. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 40(3), 345–348. Hentet fra: [http://journals.lww.com/jpgn/Abstract/2005/03000/The\\_Prevalence\\_of\\_Encopresis\\_in\\_a\\_Multicultural.17.aspx](http://journals.lww.com/jpgn/Abstract/2005/03000/The_Prevalence_of_Encopresis_in_a_Multicultural.17.aspx)
- Von Wendt, L., Similia, S., Niskanen, P., & Jarvelin, M. R. (1990). Development of bowel and bladder control in the mentally retarded. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 515–518. doi: 10.1111/j.1469-8749.1990.tb16977.x
- Williams, W. L., Jackson, M., & Friman, P. C. (2007). Encopresis and enuresis. I Sturmey, Peter (Red.), *Functional Analysis in Clinical Treatment* (ss. 171–191). Burlington: Elsevier Science.

## Treatment of functional encopreses

Rolf Magnus Grung og Lars Tandberg Jørgensen  
Oslo and Akershus University College

With functional encopresis, or incontinence of stool after a developmental level equivalent to at least four years, means encopresis that cannot be attributed to a disease or the use of medication. The term “functional” refers to either encopresis related to constipation caused by actively withholding or stool, or encopresis regarded as operant behavior. Encopresis can be very problematic and can lead to social exclusion.

Caregivers often explain encopresis as a normal phenomenon, as a sign of immaturity or with “low intelligence”. Such explanations are problematic and may result in that treatment is not initiated. Applied behavior analysis in combination with dietary changes and medication has proven effective in the treatment of functional encopresis. This article describes what functional encopresis is and how treatment of functional encopresis can be implemented. Legal issues that may be relevant for the treatment are also discussed.

*Keywords:* Functional encopresis, constipation, treatment, law